

*Zofia Szweda-Lewandowska*

Zakład Demografii i Gerontologii Społecznej

Uniwersytet Łódzki

szweda@uni.lodz.pl

## STATUS RODZINNY I NIEFORMALNE NIERODZINNE SIECI WSPARCIA A ZAMIESZKIWANIE W INSTYTUCJACH OPIEKUŃCZYCH\*

### WSTĘP

W Polsce ponad 80% opiekunów niesamodzielných osób starszych stanowią ich krewni. Pierwszymi osobami udzielającymi wsparcia w momencie pojawienia się niesamodzielnosci są współmałżonkowie, następnie dzieci i dalsi krewni. Zapotrzebowanie na opiekę wzrasta wraz z wiekiem. W sytuacji gdy osoba starsza nie ma rodziny mogącej ją wspierać w codziennym funkcjonowaniu, źródłem wsparcia jest pomoc społeczna i jej instytucje. Pomoc udzielana jest w postaci usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania seniora, a gdy jest ona niewystarczająca – w domach pomocy społecznej, zakładach stacjonarnej pomocy społecznej lub rodzinnych domach pomocy społecznej. Opieka w ramach powyższych instytucji adresowana jest nie tylko do osób starszych, ale są oni głównymi jej odbiorcami, bowiem zwiększa się odsetek seniorów nieradzących sobie z wykonywaniem codziennych czynności.

Polityka Unii Europejskiej ukierunkowana jest na rozwój lokalnych sieci wsparcia<sup>1</sup>, dlatego też seniorzy uzyskują najczęściej pomoc w swoim środowisku zamieszkania. Gdy jednak instytucje pomocy środowiskowej, sieć rodzinna oraz sieć kontaktów koleżeńskich nie mogą zapewnić należytej opieki w dotychczasowym środowisku seniora, niezbędna staje się pomoc instytucjonalna. Większość klientów opieki instytucjonalnej w krajach rozwiniętych to osoby starsze.

---

\* Projekt został sfinansowany ze środków Narodowego Centrum Nauki przyznanych na podstawie decyzji numer DEC-2013/09/D/HS5/004459.

<sup>1</sup> Lokalne sieci wsparcia tworzone są m.in. przez organizacje pozarządowe (fundacje i stowarzyszenia), organizacje samopomocowe, związki wyznaniowe.

Celem artykułu jest pokazanie statusu rodzinnego seniora oraz nierodzinnych, nieformalnych sieci wsparcia osób oczekujących na miejsce w domu pomocy społecznej. Aby osiągnąć powyższy cel, zostały przeprowadzone wywiady kwestionariuszowe z pracownikami socjalnymi, którzy kompletowali dokumenty niezbędne do umieszczenia osoby starszej (w wieku 60 lat i więcej) w domu pomocy społecznej (DPS), tj. przeprowadzali wywiady środowiskowe z klientem i jego rodziną. Ze względu na brak wcześniejszych badań populacji seniorów oczekujących na miejsca w domach pomocy społecznej badanie miało charakter eksploracyjny, a jego celem było zbadanie cech społeczno-demograficznych badanej grupy oraz uzyskania informacji o wsparcia, z którego korzystają.

Badanie zostało przeprowadzone w 2008 roku i było pierwszym badaniem dotyczącym całej populacji osób wieku 60 lat i więcej oczekujących na zamieszkanie w DPS na terenie Łodzi. Wybór Łodzi jako miejsca badania wynikał z zaawansowania procesu starzenia, na tle innych miast Polski, oraz szybką depopulacją miasta. Łódź – na tle demograficznej mapy wielkich miast Polski – wyróżniają trzy cechy (Urząd Statystyczny w Łodzi 2008, Szukalski 2012: 5–6):

- znaczny odsetek mieszkańców powyżej 60. roku życia,
- wysoki współczynnik feminizacji, szczególnie w grupie wieku 75 lat i więcej,
- najkrótsze średnie trwanie życia w momencie urodzenia.

Ze względu na kumulację zdiagnozowanych problemów demograficznych, w latach 70. i 80. XX wieku Łódź nazywana była „laboratorium demograficznym”. Procesy demograficzne pojawiające się w Łodzi występują również na szeroką skalę w Polsce, ale ze znacznym – kilkunastoletnim – opóźnieniem. Badania sytuacji osób oczekujących na miejsca w DPS przeprowadzone w 2008 roku nie zostały powtórzone na większej, reprezentatywnej dla Polski grupie osób starszych.

## WSPARCIE NIESAMODZIELNYCH OSÓB STARSZYCH I ICH RODZIN

Pierwszym źródłem wsparcia i opieki dla niesamodzielnego seniora jest rodzina i najbliżsi krewni. Jednak wsparcie finansowe oferowane opiekunom nie rekompensuje utraconych dochodów z tytułu rezygnacji z pracy zawodowej na rzecz opieki nad niesamodzielnym seniorem. Zgodnie z danymi Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej w 2012 roku świadczenie pielęgnacyjne średniomiesięcznie pobierało 228 tys. osób i było to o prawie 1/3 więcej niż w roku poprzednim (GUS 2013: 103). Od 1 stycznia 2013 roku świadczenie pielęgnacyjne przysługuje rodzicowi, opiekunowi dziecka, osobie będącej rodziną zastępczą spokrewnioną lub innym osobom, na których ciąży obowiązek alimentacyjny, jeśli opiekują się osobą niesamodzielną, której niepełnosprawność powstała nie później niż do ukończenia przez nią 18. roku życia (lub do 25. roku życia, jeśli się uczyła), i rezygnują z pracy zarobkowej ze względu na obowiązki związane z opieką lub z tego powodu jej nie podejmują (Dz.U. poz. 1548). Tym samym prawo do świadczenia pielęgnacyjnego będącego

rekompensatą za utracone dochody z powodu konieczności sprawowania opieki nad osobą niesamodzielną utracili opiekunowie osób, których niepełnosprawność powstała po osiągnięciu przez nie dorosłości.

Prawo do świadczenia pielęgnacyjnego utracili, na przykład, opiekunowie niesamodzielnymi seniorów. Ustawodawca przewidział świadczenie, które w takiej sytuacji ma zastąpić niemożność wykonywania pracy zawodowej – specjalny zasiłek opiekuńczy. Zasiłek ten przysługuje osobie, na której ciąży obowiązek alimentacyjny wobec osoby legitymującej się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczeniem o niepełnosprawności i koniecznością stałej lub długotrwałej opieki ze strony innej osoby ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji. Osoby, które przed zmianą ustawy opiekowały się niesamodzielną osobą dorosłą i otrzymywały świadczenie pielęgnacyjne, obecnie mogą ubiegać się o powyższy zasiłek, uwarunkowany spełnieniem kryterium dochodowego<sup>2</sup>.

Wprowadzenie kryterium dochodowego spowodowało, że wiele osób pobierających świadczenie pielęgnacyjne przed zmianą ustawy, obecnie nie spełnia tego warunku. Opiekunowie ci z dnia na dzień stracili istotne źródło dochodu, w części rekompensujące im niemożność wykonywania pracy zawodowej ze względu na wsparcie świadczone osobie zależnej. Po uznaniu przez Trybunał Konstytucyjny wprowadzonych zmian za niezgodne z Konstytucją RP, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej przygotowało ustawę zawierającą rozwiązania, które mają rekompensować problemy wynikające z wprowadzanych przepisów (Trybunał Konstytucyjny 2013).

Problemy związane ze świadczeniem pielęgnacyjnym i specjalnym zasiłkiem opiekuńczym to jedno z wyzwań związanych z opieką nad osobami niesamodzielnymi, przed którymi staną zarówno rodzina, jak i władze centralne oraz samorządowe. Przyczyną szybkiego wzrostu liczby osób najbardziej niesamodzielnymi jest dynamiczny wzrost odsetka osób powyżej 80. roku życia, tzw. proces podwójnego starzenia się ludności (wykres 1) (Jurek 2012: 113). Z badania PolSenior wynika, że prawdopodobieństwo niesamodzielnosti gwałtownie wzrasta po 80.–83. roku życia (Wizner i in. 2012: 82–83). Szybki wzrost liczby osób wymagających całodobowej, fachowej opieki nastąpi, gdy roczniki powojennego wyżu demograficznego wkroczą w IV wiek, czyli przekroczą 80 lat. Zgodnie z prognozą Głównego Urzędu Statystycznego sporządzoną w 2008 roku w 2020 roku w Polsce będzie 1,5 mln osób w wieku 80 lat i więcej (GUS 2008)<sup>3</sup>.

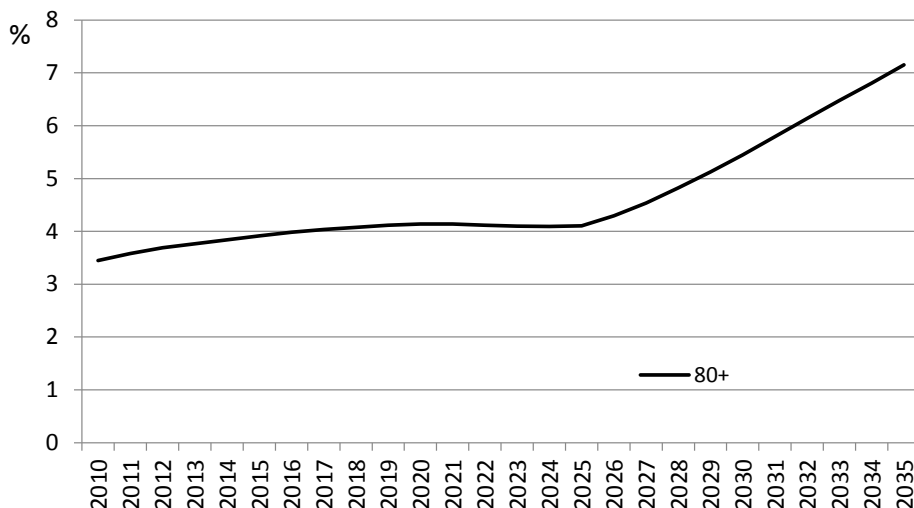
---

<sup>2</sup> Prawo do uzyskania specjalnego zasiłku opiekuńczego mają osoby w sytuacji, gdy dochód rodziny osoby sprawującej opiekę i dochód osoby niesamodzielnej w przeliczeniu na osobę nie przekracza 623 zł netto miesięcznie. Jeśli jest spełnione kryterium dochodowe, opiekunowi przysługuje zasiłek w wysokości 520 zł miesięcznie.

<sup>3</sup> Prognoza GUS z 2008 roku zakłada mniej optymistyczne wydłużanie się trwania życia niż ma to miejsce. Obecnie długość trwania życia mężczyzny jest na poziomie założeń poczynionych w prognozie dla roku 2020. Można więc przypuszczać, że zarówno liczba, jak i odsetek osób w wieku 80 lat i więcej będzie większa, niż wynika to z prognozy.

Wykres 1. Odsetek ludności w wieku 80 lat i więcej, Polska, 2010–2035

Figure 1. Percentage of elderly persons aged 80 years or more, Poland, 2010–2035



Źródło: obliczenia własne na podstawie GUS 2013.

Source: own calculations based on (GUS, 2013).

Jednocześnie ze wzrostem udziału osób starszych, oczekiwać można spadku liczby potencjalnych opiekunów, którymi najczęściej są kobiety w wieku 45–64 lata (tablica 1). Konsekwencją starzenia się populacji będzie nie tylko wzrost liczby osób wymagających wsparcia, lecz także spadek liczby osób mogących go udzielać. Zmniejszać będzie się nie tylko liczba rodzinnych opiekunów, lecz także osób mogących pełnić profesjonalnie rolę opiekuna osoby niesamodzielnej. Współczynnik potencjalnego wsparcia – czyli liczba osób w wieku 15–64 lata przypadająca na 100 osób w wieku 65 lat – zmaleje z 498,6 w 2012 roku do 276,6 w 2035 roku. W tym samym okresie współczynnik wsparcia rodziców obrazujący liczbę osób w wieku 85 lat i więcej przypadającą na 100 osób w wieku 50–64 lata wzrośnie z 7,1 do 13,1. Liczba kobiet w wieku 50–64 lata przypadająca na 100 osób w wieku 80 lat i więcej (współczynnik potencjału pielęgnacyjnego) spadnie z 386,3 do 219,2 w ostatnim roku prognozy (tablica 1)<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> Z punktu widzenia opieki nad osobami starszymi istotne znaczenie mają dwa współczynniki określające potencjał opiekuńczy, czyli potencjalne możliwości udzielenia wsparcia osobie starszej przez rodzinę. Pierwszy – to współczynnik wsparcia (*support ratio*), który jest obliczany w dwóch wariantach jako: (1) współczynnik potencjalnego wsparcia (*potential support ratio*) określający stosunek osób w wieku 15–64 lata do liczby osób w wieku 65 lat i więcej; (2) współczynnik wsparcia rodziców (*parents support ratio*) określający liczbę osób w wieku 85 lat i więcej przypadającą na 100 osób w wieku 50–64 lata (ONZ 2013). Drugi – to współczynnik potencjału pielęgnacyjnego (Szatur-Jaworska 2008).

Tablica 1. Współczynniki potencjalnego wsparcia, wsparcia rodziców i potencjału pielęgnacyjnego w latach 2010–2035

Table 1. Potential support ratio, parents support ratio, and caregiver support ratio in Poland in 2010–2035

Rok Year	Potencjalnego wsparcia Potential support ratio	Wsparcia rodziców Parents support ratio	Potencjału pielęgnacyjnego Caregiver support ratio
2012	498,6	7,1	386,3
2015	443,7	8,5	354,4
2016	425,0	9,0	344,5
2020	359,2	10,4	323,4
2025	305,8	11,4	330,2
2030	287,5	10,3	271,2
2035	276,6	13,1	219,2

Źródło: obliczenia własne na podstawie GUS 2013.

Source: own calculations based on GUS 2013.

Wskutek zmniejszania się liczby żyjących krewnych stanowiących potencjalne źródło pomocy pogorszy się w przyszłości dostęp osób starszych do opieki rodzinnej (Szukalski 2000: 21–27). W związku z wydłużaniem się przeciętnego dalszego trwania życia zwiększył się udział osób dorosłych, którzy mają żyjących rodziców i dziadków. Pojawiają się rodziny trzy- i czteropokoleniowe, a nawet na krótko – pięciopokoleniowe, zwiększyło się prawdopodobieństwo występowania rodzin, w których żyją pradziadkowie, dziadkowie i rodzice.

Struktura rodziny w ostatnim półwieczu przekształcała się z horyzontalnej w wertykalną, a więc wielopokoleniową. Taka przemiana przyczynia się do kształtowania nowych jakościowo relacji pomiędzy starszą a młodszą generacją. Rola człowieka starego w rodzinie nie ogranicza się do relacji rodzice – dzieci, bowiem dziadkowie mają możliwość obcowania z wnukami, a także z prawnukami (Susułowska 1989: 199). Charakter kontaktów pomiędzy generacjami uzależniony jest np. od sytuacji życiowej osób będących dziadkami, od wspólnego lub oddzielnego miejsca zamieszkania (Szukalski 2002: 234). Potwierdza się dominująca w świecie zasada, że najchętniej utrzymywaną formą współżycia jest „intymność na dystans”, a więc mieszkanie w tym tej samej miejscowości, ale nie we wspólnym mieszkaniu (Rosenmayr i in. 1978: 179).

Rodzina, a szczególnie wnuki, stanowią ważne oparcie emocjonalne dla starszych osób. Jednak stosunki panujące między starszą i młodszą generacją zależne są od społecznych tradycji, norm i oczekiwań, odnoszących się do pozycji i ról rodzinnych. Rodziny często korzystają z pomocy babci lub dziadka przy opiece nad dziećmi. Problem pojawia się wówczas, gdy stary człowiek staje się niepełno-

sprawny i wymaga specjalnej opieki (Szatur-Jaworska 1999: 17–19). W wyniku postępujących procesów nuklearyzacji i modernizacji rodzina w coraz mniejszym stopniu może wypełniać obowiązki wcześniej uznawane za naturalne. Drugie przejście demograficzne obserwowane we współczesnych społeczeństwach, określanych jako postindustrialne, charakteryzuje się nie tylko dalszym spadkiem dzietności poniżej prostej zastępowalności pokoleń, ale i znacznymi zmianami w strukturze rodziny (Kotowska 2002: 2–7). Małżeństwa stają się mniej trwałe, wzrasta liczba rozwodów i separacji, zwiększa się rola związków partnerskich (Szukalski 2007: 50–53). Oprócz rodzin tworzonych przez parę małżeńską (z dziećmi lub bez) oraz rodzin niepełnych pojawiły się rodziny tworzone przez pary kohabitujące posiadające potomstwo lub nie, rodziny zrekonstruowane, związki typu LAT<sup>5</sup>. Występowanie nieformalnych form rodziny powoduje trudności w określaniu wzajemnych praw i obowiązków jej członków (Szukalski 2002: 236).

Dodatkowym czynnikiem wpływającym na zmienność potencjału opiekuńczego rodziny nad seniorami są migracje ludności. Konsekwencją migracji osób młodszych jest nie tylko zmniejszenie udzielanej pomocy przez rodzinę, ale także wzrost osamotnienia ludzi starszych. Z punktu widzenia pomocy instytucjonalnej wertykalizacja sieci rodzinnej jest jednym z najistotniejszych czynników wpływających na zwiększenie się liczby osób wymagających pomocy przy jednoczesnym zmniejszeniu się liczby potencjalnych opiekunów osób starszych.

Odpowiedzią na tak dynamicznie zmieniającą się sytuację demograficzną będzie zapewne konieczność nie tylko dalszego rozwijania pozarodzinnego wsparcia w postaci usług opiekuńczych, lecz także pomocy instytucjonalnej. Dla wielu seniorów niemających krewnych, dom pomocy społecznej będzie jedyną możliwością uzyskania wsparcia, zwłaszcza gdy stan zdrowia pogorszy się na tyle, że samodzielne zamieszkiwanie nie będzie możliwe. Powstaje jednak pytanie, czy faktycznie jedynym czynnikiem wpływającym na chęć bądź konieczność zamieszkania w DPS jest zły stan zdrowia? Zazwyczaj na wybór formy pomocy wpływa nie tylko jeden, ale kilka czynników, które najczęściej są ze sobą powiązane.

## POPULACJA ŁÓDZKICH SENIORÓW OCZEKUJĄCYCH NA MIEJSCE W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ

Zgodnie z ustawą o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r.<sup>6</sup> wsparcie instytucjonalne, jakim są domy pomocy społecznej, może być udzielone seniorowi w przypadku, gdy pomoc środowiskowa nie zapewnia mu godziwej egzystencji we własnym środowisku. Skierowanie do DPS odbywa się na podstawie dokumentów przygotowywanych przez pracownika socjalnego. Jednym z nich jest wywiad śro-

---

<sup>5</sup> LAT – *living apart together*. Typ związku, w którym partnerzy nie zamieszkują wspólnie.

<sup>6</sup> Teks jednolity Dz.U. 2014, poz. 1188.

dowiskowy, pozwalający zdiagnozować sytuację osoby starszej odnośnie do możliwości udzielenia jej pomocy przez rodzinę, znajomych, sąsiadów oraz przyznania jej usług środowiskowych. Jeśli jednak usługi środowiskowe oraz sieci wsparcia nieformalnego nie zaspokajają potrzeb seniora w zakresie codziennego funkcjonowania, osoba starsza zostaje skierowana do DPS (skierowanie nie jest równoznaczne z przyjęciem, na które trzeba z reguły czekać).

Od uzyskania skierowania do momentu zamieszkania w domu pomocy społecznej upływa zazwyczaj około 2–3 lat. Należy zaznaczyć, że nie ma jednoznacznych kryteriów (standardów) w zakresie oceny stanu zdrowia i sytuacji rodzinnej osoby starszej, które mogłyby być podstawą do umieszczenia w DPS. Tym samym konieczne jest samodzielne ustalenie podstawowych charakterystyk badanych, tj. powodu skierowania do DPS, stanu rodzinnego osoby starszej, czy rodzina udziela pomocy i w jakim zakresie, czy znajomi i sąsiedzi udzielają pomocy i w jakim zakresie. W celu uzyskania odpowiedzi na powyższe pytania zostały przeprowadzone wywiady kwestionariuszowe z pracownikami socjalnymi, którzy kompletowali dokumenty niezbędne do umieszczenia osoby starszej w DPS.

Osoby starsze najczęściej oczekują na miejsca w domach dla osób somatycznie chorych i dla osób w podeszłym wieku. W Łodzi w 2008 roku na miejsce w tych dwóch rodzajach domów oczekiwało 348 osób (216 – do DPS dla osób somatycznie chorych, 132 – do DPS dla osób w podeszłym wieku)<sup>7</sup>. Łącznie przeprowadzono 221 wywiadów<sup>8</sup>. O 70 osobach pracownicy socjalni nie mieli żadnych informacji, co oznacza, że osoby te nigdy nie otrzymywały pomocy ze strony Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Łodzi, 29 osób zmarło przed przeprowadzeniem badania, ale nie zostało wykreślonych z listy oczekujących na miejsce, 19 osób było w wieku poniżej 60 lat, a 9 osób zrezygnowało z oczekiwania na miejsce w DPS.

Kobiety stanowiły 72,4% oczekujących na miejsca w DPS. Wśród mieszkańców Łodzi w wieku 60 lat i więcej kobiety stanowią 65%, jest to zapewne pochodną statusu rodzinnego starszych kobiet (częstsze wdowieństwo). Średni wiek osób starszych oczekujących na miejsca w DPS dla osób w podeszłym wieku wynosi 78 lat, a w DPS dla osób somatycznie chorych – 76 lat.

Wśród oczekujących na miejsce w DPS dominowały osoby w wieku 80–84 lata (23%) oraz 75–79 lat (22%). Osoby w najstarszej grupie wieku 90 lat i więcej stanowiły tylko 4,5% oczekujących, natomiast najmłodszy oczekujący, to osoby w wieku 60–64 lata – 8%.

Najliczniejszą grupę mężczyzn oczekujących na miejsce w DPS tworzyły osoby w wieku 70–74 lata, podczas gdy wśród kobiet – w wieku 80–84 lata. Jest to

---

<sup>7</sup> Zgodnie z ustawą o pomocy społecznej istnieje sześć typów domów pomocy społecznej. Osoby po 60. roku życia stanowią większość w dwóch typach DPS: dla osób w podeszłym wieku i osób somatycznie chorych, dlatego też badanie ograniczyło się do osób oczekujących na miejsca w tych właśnie instytucjach.

<sup>8</sup> Często pracownik socjalny zajmował się więcej niż jedną osobą starszą, a rekordzistą była pracownica socjalna zajmująca się umieszczeniem w DPS 16 osób.

zapewne wynik długowieczności kobiet oraz wyższego odsetka wdów w subpopulacji osób najstarszych, które nie posiadają opiekunów mogących udzielić wsparcia. Mężczyźni rzadziej niż kobiety pozostają we wdowieństwie, zaś współmałżonki są zazwyczaj od nich młodsze, więc prawdopodobieństwo otrzymania wsparcia od najbliższej osoby jest znacznie wyższe niż w przypadku kobiet. Dodatkowo należy wziąć pod uwagę specyfikę Łodzi – najbardziej sfeminizowanego spośród wielkich miast – gdzie część kobiet nigdy nie wyszła za mąż. Największa jednak różnica w odsetku osób ubiegających się o zamieszkanie w DPS pomiędzy subpopulacjami kobiet i mężczyzn występuje w najmłodszej grupie wieku starszego 60–64 lata.

### STAN ZDROWIA OSÓB CZEKAJĄCYCH NA MIEJSCE W DPS

Przyczyną skierowania do DPS jest zazwyczaj stan zdrowia, chociaż pracownicy socjalni wskazali więcej niż jeden powód skierowania do DPS. Pierwszą z wyodrębnionych grup stanowiły osoby, w przypadku których główną przesłanką zamieszkania w DPS jest zły stan zdrowia (76,5%). Druga grupa to osoby przewidujące możliwość utraty sprawności i samodzielności w przyszłości (27,6%). Utrata funkcji poznawczych była powodem skierowania w 17,2%, a samotność w 12,7%. Pozostałe powody – takie jak bezdomność czy konflikt rodzinny – występowały sporadycznie. Pytanie o przyczynę skierowania do DPS miało na celu oddzielenie osób, których zły stan zdrowia prowadzi do niesamodzielności, od jednostek, które również deklarowały zły stan zdrowia, ale nie uniemożliwiał im on normalnego funkcjonowania w ich dotychczasowym środowisku.

Analiza przyczyn skierowania do DPS w podziale na typ domu pozwala stwierdzić, że osoby kierowane do DPS dla osób somatycznie chorych charakteryzują się gorszym stanem zdrowia i dużo częściej doświadczają utraty funkcji poznawczych (12,7%) oraz niesamodzielności (27,5%) niż te kierowane do DPS dla osób w podeszłym wieku (odpowiednio 5,5% i 6,9%). Kolejnym czynnikiem znacznie różniącym osoby starające się o miejsce w tych dwóch typach DPS jest traktowanie instytucjonalnej pomocy jako zabezpieczenia swojej przyszłości. Ponieważ osoby chcące zabezpieczyć się na wypadek niesamodzielności charakteryzują się stosunkowo dobrym stanem zdrowia, nie wymagają tak specjalistycznej opieki jak osoby niesamodzielne i są kierowane do DPS dla osób w podeszłym wieku. W momencie umieszczenia stan zdrowia jest znacznie gorszy, niż był w momencie skierowania, i często optymalną formą pomocy nie jest umieszczenie w DPS dla osób w podeszłym wieku, lecz w domu dla osób somatycznie chorych. Pracownicy socjalni i pielęgniarki zatrudnieni w DPS dla osób w podeszłym wieku twierdzą, że po wprowadzeniu w 2004 roku nowych regulacji prawnych do placówek tych trafiają obecnie osoby starsze i w gorszym stanie zdrowia. W konsekwencji placówki te w wielu przypadkach nie mogą zapewnić optymalnej opieki takim osobom.



Wskaźnikiem stanu zdrowia może być orzeczoną stopień niepełnosprawności. Jednak większość seniorów nie występuje o formalne potwierdzenie niepełnosprawności. W zbiorowości oczekujących na miejsce w DPS niespełna 34% osób miało orzeczoną niepełnosprawność przez uprawniony do tego organ. Wyższy odsetek osób z orzeczoną niepełnosprawnością jest – co oczywiste – wśród osób oczekujących na miejsca w DPS dla osób somatycznie chorych, z kolei w drugim typie DPS wśród oczekujących na miejsca jest więcej osób z umiarkowanym i lekkim stopniem niepełnosprawności. Jeśli przeanalizować wiek osób oczekujących na miejsce w DPS i posiadanie orzeczonej niepełnosprawności, to można stwierdzić, że osoby posiadające formalne potwierdzenie niepełnosprawności stanowią mniejszość w populacji oczekujących na miejsce w DPS. W najstarszej grupie wieku nikt nie miał orzeczonej niepełnosprawności, podczas gdy w najmłodszej (60–64 lata) odsetek posiadających odpowiednie orzeczenie wynosił 66,7%.

## STATUS RODZINNY

Na podjęcie decyzji o konieczności korzystania z instytucjonalnej pomocy wpływa także obawa przed utratą sprawności i brakiem opieki. Wraz z wiekiem osłabieniu ulegają sieci kontaktów nieformalnych, co sprawia, że istotną rolę w zapewnieniu opieki zaczynają odgrywać instytucje formalne (Lloyd 2012: 86). Pomimo rozwoju instytucjonalnych form pomocy osobom starszym i większej ich dostępności, rodzina pozostaje pierwszym i najważniejszym ogniwem łańcucha wsparcia seniora. Zanim zostanie przeprowadzona procedura przyznania pomocy przez ośrodek pomocy społecznej (tzn. zostanie przeprowadzony wywiad środowiskowy w ramach diagnozy sytuacji jednostki), upływa pewien czas, w trakcie którego senior otrzymuje wsparcie zazwyczaj ze strony rodziny (jeśli ją posiada), znajomych, sąsiadów lub przyjaciół.

Wyniki badania „To idzie starość”, przeprowadzonego na zlecenie ZUS przez Instytut Spraw Publicznych w 2008 roku, potwierdzają, że społeczeństwo polskie jest nadal dość tradycyjne w zakresie sprawowania opieki nad osobami starszymi (Bojanowska 2008). Ponad 70% osób biorących udział w badaniu stwierdziło, że osoby starsze powinny zamieszkać w DPS tylko wtedy, gdy nikt z rodziny nie może się o nie zatroszczyć. W badaniu tym brały udział osoby w wieku 45–65 lat, a więc potencjalni opiekunowie osób starszych. Ponad 58% respondentów deklaroowało, że do opieki nad osobami starszymi zobowiązane są dzieci.

Badanie potwierdziło zależność deklarowanej chęci opieki nad osobami starszymi od miejsca zamieszkania oraz wykształcenia respondentów. Osoby z wyższym wykształceniem oraz z większych miast rzadziej wskazywały na dzieci i rodzinę jako na osoby mające obowiązek opieki nad osobami starszymi. Około 36% respondentów uważało, że domy pomocy społecznej są dobrym rozwiązaniem w kwestii opieki nad osobami starszymi. W zakresie pomocy osobom starszym 17% respondentów deklaroowało poparcie dla wprowadzenia ubezpieczenia pielęgnacyjnego, a 16%

dostrzegало konieczność wprowadzenia takich uregulowań prawnych w zakresie czasu pracy, które umożliwiłyby członkom rodziny opiekującym się osobą starszą korzystanie z urlopów wzorowanych na urloпах wychowawczych. Rozbudowa systemu opieki domowej nad osobami starszymi to najlepsze rozwiązanie trudnej sytuacji osób starszych dla 15% respondentów, a 9% wskazywało w tym wypadku na rozbudowę systemu opiekuńczo-pielęgniacyjnego. Jednocześnie respondenci postrzegają rodzinę (szczególnie partnerów życiowych osób starszych i dzieci) jako osoby najbardziej kompetentne w zakresie opieki nad osobą starszą.

Przywołane badanie wskazuje, że społeczeństwo nadal uważa rodzinę za podstawową instytucję opiekuńczą i za najbardziej kompetentną instytucję opieki nad osobami starszymi, ponieważ jej członkowie najlepiej znają potrzeby osoby starszej. Jeśli rodzina nie może wypełniać swojej funkcji, respondenci wskazują na sieć wsparcia koleżeńkiego oraz na dom pomocy społecznej jako na istotne ogniwa w opiece nad osobami starszymi.

Rodzina posiada często lepsze rozeznanie potrzeb seniora i potrafi szybko udzielić wsparcia. Jednak, zgodnie z przedstawionymi wcześniej danymi, zmniejszający się potencjał opiekuńczy rodziny (tj. zmniejszanie się liczby potencjalnych opiekunów, a zwiększanie się liczby osób wymagających wsparcia) wpływa na możliwość uzyskania wsparcia ze strony krewnych. Większość osób skierowanych do DPS, bez względu na płeć, nie posiadała żyjącego małżonka (82,1% kobiet i 60,6% mężczyzn). Sytuacja kobiet w tym zakresie była zdecydowanie mniej korzystna niż mężczyzn. Czynnikiem skorelowanym z posiadaniem współmałżonka jest wiek seniora. W najstarszych grupach wieku, tj. powyżej 85 lat, odsetek osób posiadających współmałżonka jest niewielki. W przypadku tych osób stan cywilny ma zapewne duży wpływ na podjęcie decyzji o zamieszkaniu w DPS, gdyż brak najbliższej osoby uniemożliwia uzyskanie natychmiastowego wsparcia w przypadku nagłej utraty samodzielności i pogorszenia się stanu zdrowia. W najmłodszej grupie wieku starszego, tj. w wieku 60–64 lata, zły stan zdrowia połączony z brakiem najbliższej osoby mogącej udzielić pomocy determinuje konieczność korzystania z pomocy oferowanej przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej (MOPS), a w szczególności z pomocy instytucjonalnej. Jeśli porównać odsetek osób nieposiadających współmałżonka w całej populacji osób powyżej 60. roku życia w Łodzi ze zbiorowością oczekujących na miejsce w DPS, okazuje się, że o umieszczenie w DPS znacznie częściej starają się osoby nieposiadające partnera życiowego.

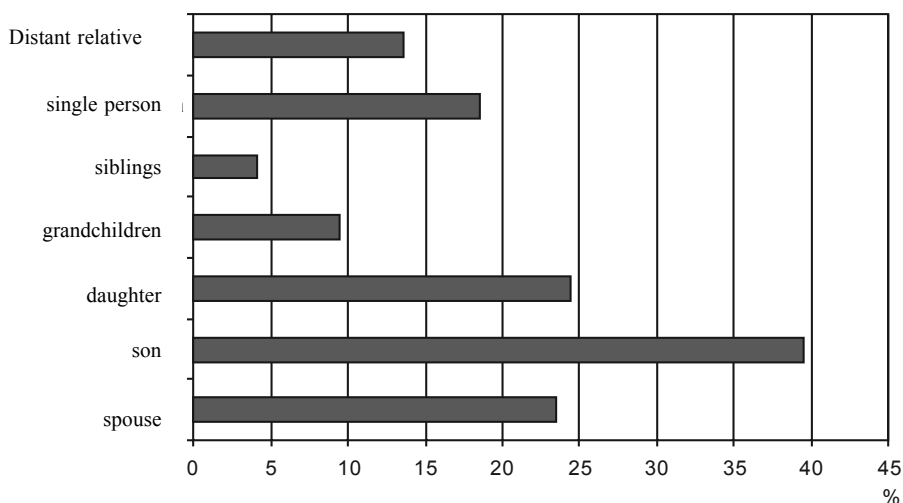
W dalszej kolejności, jeśli osoba potrzebująca wsparcia nie posiada współmałżonka lub jego zaawansowany wiek i stan zdrowia uniemożliwiają udzielenie jej pomocy, to dzieci, wnuki i dalsi krewni są potencjalnymi elementami sieci wsparcia. Wśród osób oczekujących na miejsce w DPS więcej osób posiadało syna (39,5%), znacznie mniej córkę (24,4%) (wykres 2). Dzieci (zaraz po współmałżonku) są najbardziej skłonne do udzielenia pomocy rodzicom (Baker 2007: 7–9). Jednak osoby te należą do tzw. *sandwich generation* i dzielą opiekę pomiędzy swoje wnuki a swoich rodziców. Obciążone opieką nie tylko nad seniorem, lecz również nad

swoimi wnukami dzieci seniorów muszą poświęcić czas na opiekę nad dwoma generacjami.

Tylko 4,1% osób oczekujących na miejsce w DPS posiadało rodzeństwo, a 13,6% dalszych krewnych, o których poinformowali pracownika socjalnego, co oznacza, że osoby te odgrywają pewną rolę w życiu seniorów. Osoby samotne, które nie posiadały dzieci ani żadnych krewnych, z którymi utrzymywałyby kontakty i na których wsparcie mogłyby liczyć, stanowiły 18,6% populacji oczekujących. Są to osoby, które mogą otrzymać pomoc jedynie od znajomych lub sąsiadów. Jednak zakres wsparcia od osób niespokrewnionych jest zazwyczaj mniejszy niż ze strony rodziny, więc pomoc gminy była dla tych osób jedynym kompleksowym długoterminowym rozwiązaniem.

Wykres 2. Krewni seniorów oczekujących na miejsc w DPS (w %)

*Figure 2. Relatives of seniors waiting for places in residential care facilities*



Źródło: badanie własne.

*Source: own study.*

Populacja osób oczekujących na miejsce w DPS charakteryzuje się wyższym odsetkiem posiadających syna niż ogół starszych mieszkańców Łodzi. Dodatkowo wśród osób oczekujących na miejsce w DPS mających syna, wsparcie z jego strony uzyskiwało jedynie 27,5% osób, podczas gdy w grupie osób posiadających córkę z jej wsparcia korzystało 59,2%. Potwierdza to hipotezę funkcjonującą w literaturze przedmiotu odnośnie do relacji pomiędzy płcią dziecka a rodzajem udzielanego przez nie wsparcia (Blackbury, Dulmus 2007: 427). Córki pomagają częściej niż synowie, a pomoc ta ma głównie charakter usługowy, natomiast synowie częściej

wspierają rodziców finansowo. Jednak, jak podkreśla Ł. Krzyżowski (2013), zstępní raczej nie wspierają finansowo starszych pokoleń. Tak więc konieczność korzystania ze wsparcia publicznego jest wyższa w przypadku posiadania potomków płci męskiej.

Jeśli przeanalizować związki między płcią seniora i posiadaniem przez niego potomstwa, można dojść do wniosku, że nie tylko posiadanie syna determinuje konieczność korzystania z pomocy MOPS, lecz również płeć osoby posiadającej syna. Więzy pomiędzy ojcem a dziećmi są mniej trwałe niż pomiędzy matką a potomstwem. Dlatego też mężczyźni w mniejszym zakresie mogą liczyć na pomoc swoich dzieci i częściej muszą korzystać z pomocy osób trzecich w sytuacji własnej niesamodzielności. Wśród badanych 47,5% mężczyzn miało syna oraz 36,3% kobiet. Odsetek osób posiadających córki był praktycznie identyczny (odpowiednio 24,6% i 24,3%). Wnuki posiadało niespełna 12,1% kobiet i 3,3% mężczyzn. Częściej samotne<sup>9</sup> były kobiety (19,4%) niż mężczyźni (16,4%). Sieć rodzinną seniorów oczekujących na miejsca w DPS na tle subpopulacji mieszkańców Łodzi w wieku 60 lat i więcej określić można jako niekorzystną.

Większość gerontologów zajmujących się wsparciem udzielanym seniorom podkreśla, że udzielanie pomocy i jej częstość są uzależnione od odległości, w jakiej zamieszkuje osoba udzielająca wsparcia (Moody 2006: 331). Wspólne zamieszkiwanie ułatwia uzyskanie pomocy ze strony innych osób. Większość seniorów mieszkała sama (60,2%). Osoby posiadające współmałżonka najczęściej wspólnie z nim zamieszkiwały (tylko 3 osoby pomimo formalnego posiadania współmałżonka mieszkały oddzielnie). Odsetek osób posiadających syna i z nim zamieszkujących wynosił 22,9%, a mających córkę i wspólnie z nią zamieszkujących – 37,0%. Wśród innych osób wspólnie zamieszkujących wymieniane były synowie i inne niespokrewnione osoby.

Najczęściej wsparcie uzyskują osoby wspólnie zamieszkujące z potencjalnymi opiekunami (47,8% osób otrzymujących wsparcie mieszkało z opiekunem). Prawie 45% badanych mieszkało w odległości do godziny drogi od opiekuna, a niespełna 8% – dalej niż godzina drogi. Pracownicy socjalni w trakcie przeprowadzanych wywiadów zwracali uwagę, że część seniorów ma dzieci, jednak nie mogą one sprawować opieki, ponieważ wyemigrowały za granicę lub do innego miasta i ich wizyty u seniorów są sporadyczne.

Osoby w starszym wieku (80 lat i więcej) częściej zamieszkiwały same ze względu na brak współmałżonka i małodziejność. Sytuacja ta sugeruje, że głównym powodem starania się o zamieszkanie w DPS osób charakteryzujących się dobrym stanem zdrowia był brak potencjalnych opiekunów.

Pomoc w ramach rodziny najczęściej świadczona jest przez kobiety. Wsparcie od swoich córek otrzymywało 14,5% seniorów, syn pomagał w 10,9% przypadków,

---

<sup>9</sup> Przez osobę samotną w badaniu rozumiano osoby, które nie miały krewnych lub nie utrzymywały z krewnymi kontaktów i nie mogły liczyć na pomoc z ich strony w przypadku utraty sprawności i samodzielności.

zaś współmałżonkowie w 7,2%. Najmniej liczna była frakcja osób otrzymujących pomoc ze strony wnuków (2,7%). Jest to spowodowane zarówno małą liczebnością grupy posiadającej wnuki, jak i zapewne relacjami wewnątrzrodzinnymi. Pomoc wnuków jest zazwyczaj skorelowana z pomocą ze strony dzieci. Jeśli dzieci nie utrzymują kontaktów z rodzicami lub im nie pomagają, wnuki również nie będą wspierały dziadków. Prawie 11% badanych otrzymywało wsparcie ze strony innych krewnych, głównie synowej lub rodzeństwa zmarłego współmałżonka.

### NIEFORMALNE, NIERODZINNE SIECI WSPARCIA OSÓB STARSZYCH

Sieci wsparcia sąsiedzkiego i koleżeńckiego są często dla osób nieposiadających krewnych substytutem sieci rodzinnej. W przypadku osób posiadających rodzinę sieci te pełnią jedynie rolę komplementarną. W przeprowadzonym badaniu pytano nie tylko o rodzaj pomocy udzielanej przez sąsiadów i znajomych, lecz do grupy nieformalnego wsparcia zaliczono również prywatne opiekunki udzielające wsparcia odpłatnego. Opiekunki te działają najczęściej w szarej strefie. Pomoc ze strony nieformalnych, nierodzinnych sieci wsparcia potwierdziło 26,2% badanej populacji.

W przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowej w życiu jednostki to, czy pomoc zostanie udzielona przez sieć jest uzależnione od wcześniejszej partycypacji jednostki w danej grupie społecznej. W starszym wieku liczba kontaktów społecznych systematycznie ulega zmniejszeniu, więc i pula osób mogących udzielić potencjalnego wsparcia się zawęża (Grotowska-Leder 2006: 159). Zatem przyszła pomoc zależy od rodzaju i jakości kontaktów społecznych, wypracowanych przez osobę starszą we wcześniejszych fazach życia. Jednocześnie należy podkreślić, że sieć wsparcia sąsiedzkiego należy do jednych z najtrwalszych. W Polsce mobilność przestrzenna społeczeństwa jest stosunkowo niska, a w starszych grupach wieku praktycznie zanika. Dlatego też kontakty sąsiedzkie są dość trwałe.

Wśród niespokrewnionych osób udzielających wsparcia osobom oczekującym na miejsce w domu pomocy społecznej dominowali sąsiedzi (79,3% wskazań) oraz znajomi i przyjaciele (13,8%), natomiast z usług prywatnej opieki korzystało tylko 6,9% badanych seniorów.

Sąsiedzi stanowili najważniejszą grupę wsparcia głównie ze względu na bliskość zamieszkania. Zgodnie z teorią zmiany ról społecznych<sup>10</sup> oraz teorią wycofywania się<sup>11</sup> świat społeczny osób starszych kurczy się, a w konsekwencji maleje również

---

<sup>10</sup> Wraz z starzeniem się zmieniają się role społeczne pełnione przez jednostkę, np. z roli pracownika jednostka przechodzi w rolę emeryta.

<sup>11</sup> Wraz z wiekiem następuje wycofywanie się z pewnych aktywności – o ile nie zostają one zastąpione innymi, człowiek starszy jest bardziej bierny niż we wcześniejszych fazach biegu życia.

liczba kontaktów społecznych. Dlatego też sąsiedzi, jako osoby mieszkające najbliżej seniora, w naturalny sposób pozostają częścią jego świata społecznego, podczas gdy kontakty z kolegami z pracy, znajomymi i przyjaciółmi zanikają.

Każdy członek społeczeństwa jest elementem jakiejś grupy społecznej. Różnice jednostkowe będą dotyczyły przynależności do różnej liczby tych grup oraz trwałości więzi wytwarzających się w ich ramach. Seniorzy, prowadząc mniej aktywne życie społeczne niż osoby z młodszych grup wieku, posiadają odpowiednio mniejszą liczbę kontaktów, jednak więzi wytworzone w ramach interakcji z innymi członkami społeczności są głębsze i trwalsze (Carstensen 1992: 331–338). Osoba starsza może być bardziej skłonna do pozostania w swoim dotychczasowym miejscu zamieszkania, jeśli wie, że może w razie trudnej sytuacji życiowej (śmierci partnera, problemów zdrowotnych) otrzymać pomoc od swoich sąsiadów czy przyjaciół. Zgodnie z zasadą lokalności, sąsiedzi znają lepiej potrzeby osoby starszej niż pracownicy socjalni czy opiekunki środowiskowe. Dodatkowo opiekunka, jako osoba pomagająca tylko w określonym wymiarze godzin, nie jest pierwszym źródłem pomocy w nagłej sytuacji. Dlatego też, jeśli to możliwe, sieć sąsiedzka powinna być częścią programu pomocy osobie starszej. W przypadku osób starszych należy wziąć pod uwagę, także podział wsparcia na postrzegane oraz otrzymywane (Sęk, Cieślak 2004: 20).

Dla osób otrzymujących wsparcie ze strony osób niespokrewnionych najczęstszymi świadczeniodawcami były osoby mieszkające w tym samym budynku, w którym mieszkał senior. Istnieją znaczne różnice pomiędzy kobietami i mężczyznami w zakresie otrzymywania pomocy ze strony osób niespokrewnionych. Tylko 14,7% mężczyzn uzyskuje taką pomoc, podczas gdy prawie 1/3 kobiet korzysta ze wsparcia osób niespokrewnionych. Tak znaczne różnice są pochodną dysproporcji w zakresie stanu cywilnego (17,5% kobiet posiadało współmałżonka, a 39,3% mężczyzn było żonatych).

Na możliwość uzyskania pomocy ze strony sąsiadów i znajomych wpływa również jakość i częstość kontaktów. Trzeba podkreślić, że płeć różnicuje sposoby zawierania znajomości, relacje pomiędzy jednostkami oraz ich trwałość. Znajomości zawierane przez mężczyzn mają najczęściej charakter zawodowy i wraz z ustaniem pracy w naturalny sposób stopniowo wygasają. Natomiast podstawą kontaktów zawieranych przez kobiety jest większa bliskość emocjonalna, co prowadzi do uzyskania bardziej trwałych więzi. Kontakty w diadzie kobieta-kobieta są zatem trwalsze niż w przypadku diad, w których jedna ze stron jest mężczyzną (Szukalski 2002: 46–47).

Istnieje również różnica w zakresie rodzaju i częstości wsparcia udzielanego przez kobiety i mężczyzn. Kobiety są bardziej skłonne do udzielania systematycznego wsparcia, podczas gdy mężczyźni czynią to incydentalnie. Mężczyźni rzadziej niż kobiety pomagają seniorom w świadczeniu takich usług, jak sprzątanie i gotowanie, czyli w wykonywaniu czynności kulturowo przypisywanych kobietom. Oznacza to, że mężczyznom, którzy nie byli zaangażowani w głębsze relacje sąsiedzkie, trudniej uzyskać pomoc, bowiem kontakty ze znajomymi i sąsiadami opierają się na

wzajemnej wymianie. Mężczyźni również rzadziej niż kobiety są skłonni poprosić o pomoc osoby niespokrewnione.

## PODSUMOWANIE

Przykład Łodzi wskazuje na konsekwencje zmiany demograficznej, która staje się ogólnokrajowym wyzwaniem. Aby przygotować się do tego wyzwania, należy dokładnie przyjrzeć się sytuacji mieszkańców Łodzi jako swego „laboratorium demograficznego”. Diagnozując sytuację osób starszych oczekujących na zamieszkanie w domu pomocy społecznej, można wskazać rozwiązania lub kierunki postępowania, które będą odpowiedzią na problemy seniorów oraz takie, które pozwolą zmniejszyć liczbę korzystających z pomocy instytucjonalnej. Osoby starsze oczekujące na miejsca w DPS można podzielić na trzy grupy ze względu na powód skierowania do DPS. Pierwszą grupę stanowią osoby charakteryzujące się złym stanem zdrowia, uniemożliwiającym im samodzielną egzystencję. Druga grupa to osoby, których stan zdrowia jest dobry i nie wymagają pomocy w wykonywaniu zakupów czy innych cięższych prac domowych, a DPS – ze względu na brak sieci krewniaczej lub niemożność otrzymania pomocy ze strony krewnych – jest dla nich zabezpieczeniem w razie nagłego pogorszenia zdrowia. Trzecią grupę stanowią osoby z zaburzeniami funkcji poznawczych, jednak są to osoby samodzielnie wykonujące zakupy (osoby leżące z demencją, zostały zaliczone do osób z problemami zdrowotnymi).

Należy podkreślić, że prawie co siódmy senior nie zamieszkał w DPS, ponieważ stan jego zdrowia nie pozwolił na dalsze oczekiwanie w miejscu zamieszkania. Pomoc tej grupie seniorów została udzielona w ramach systemu ochrony zdrowia (umieszczenie w zakładzie opiekuńczo-leczniczym). Oznacza to, że zakład opiekuńczo-leczniczy stał się substytutem domu pomocy społecznej, a koszty utrzymania takiej osoby poniósł Narodowy Fundusz Zdrowia. W sytuacji znacznego pogorszenia się stanu zdrowia klienta i braku możliwości zamieszkiwania w dotychczasowym środowisku zakład opiekuńczo-leczniczy jest jedyną formą pomocy (usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania są niewystarczające).

Kwestia opieki nad osobami starszymi jest złożonym zagadnieniem, które należy rozważać z perspektywy różnych dziedzin: gerontologii, polityki społecznej, ekonomii, socjologii (a szczególnie socjologii rodziny) i demografii, albowiem konieczny jest szerszy ogląd systemu opieki nad seniorami. Spojrzenie na kwestie domów pomocy społecznej z perspektywy demograficznej pozwala jednoznacznie stwierdzić, że zapotrzebowanie na miejsca w tych instytucjach będzie wzrastać wraz z akceleracją procesu podwójnego starzenia się ludności Polski. Wzrastająca subpopulacja osób najstarszych powinna skłaniać decydentów do zwrócenia szczególnej uwagi na wyzwania związane z zapewnieniem opieki osobom niesamodzielnym.

## LITERATURA

- Baker B., 2007, *Old age in a New Age. The Promise of transformative nursing homes*, Vanderbilt Uni. Press, Nashville, 7–9.
- Blackbury J.A., Dulmus C.N. (red), 2007, *Handbook of Gerontology. Evidence-based Approaches to Theory, Practice, and Policy*, John Wiley & Sons, Inc., Hoboken.
- Bojanowska E., 2008, *Opieka nad ludźmi starszymi*, [w:] P. Szukalski (red.), *To idzie starość. Postawy osób w wieku przedemerytalnym. Raport z badania*, ZUS, Warszawa, 88–92.
- Carstensen L.L., *Social and Emotional Patterns in Adulthood: Support for Socioemotional Selectivity Theory*, „Psychology and Ageing” 1992 (7), 331–338.
- Grotowska-Leder J., 2006, *Osoby w wieku sędziwym a materialne wsparcie rodzinne (na przykładzie podopiecznych łódzkiej pomocy społecznej)*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenia jednostek i zbiorowości ludzkich* (s. 159), Zakład Demografii UŁ Łódź.
- GUS, 2009, *Prognoza ludności na lata 2008–2035*, zasób internetowy [http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/L\\_prognoza\\_ludnosci\\_na\\_lata2008\\_2035.pdf](http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/L_prognoza_ludnosci_na_lata2008_2035.pdf) (data dostępu 16.02.2014).
- GUS, 2013, *Beneficjenci pomocy społecznej i świadczeń rodzinnych w 2012 r.*, Kraków, 103.
- GUS, 2013, *Prognozy ludności Polski do 2035 roku*, [http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL\\_prognoza\\_ludnosci\\_ogolem.xls](http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_prognoza_ludnosci_ogolem.xls), dane dostępne (data dostępu 18.02.2013).
- GUS, 2014, *Ludność według grup wieku i płci*, baza danych, zasób internetowy [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl), (data dostępu 16.02.2014).
- Jurek Ł., 2012, *Ekonomia starzejącego się społeczeństwa*, Difin, Warszawa, 113.
- Kotowska I. E., 2002, *Zmiana modelu rodziny. Polska – kraje europejskie*, „Polityka Społeczna”, nr 4, 2–7.
- Krzyżowski Ł., 2013, *Polscy migranci i ich starzejących się rodzice. Transnarodowy system opieki międzygeneracyjnej*, Scholar, Warszawa, 111.
- Lloyd L., 2012, *Health and Care in Aging Societies. A new interational approach*, The Policy Press University of Bristol, Bristol, 86.
- Moody H., 2006, *Aging. Concepts and controversies*, Pine Forge Press, Londyn, s. 331.
- ONZ 2013, *World Population Ageing 1950–2050*, Annex I.
- Rosenmayr L., Rosenmayr H., *Der alte Mensch in der Gesellschaft*, Rowohlt, Reinbek, 1978, 179.
- Sęk H., Cieślak R., 2004, *Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne* [w:] H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* (s. 20), PWN, Warszawa.
- Susułowska M., 1989, *Psychologia starzenia się i starości*, PWN, Warszawa, s. 199.
- Szatur-Jaworska B., 1999, *Życie rodzinne ludzi starych w Polsce*, „Polityka Społeczna”, nr 9, 17–19.
- Szatur-Jaworska B., 2008, *Strategia społeczna Warszawy 2009–2020. Wstępna diagnoza sytuacji seniorów w Warszawie*, Miasto Stołeczne Warszawa, Warszawa.
- Szukalski P., 2000, *Ewolucja wielkości i struktury rodziny*, „Polityka Społeczna”, nr 4, s. 21–27.
- Szukalski P., 2002, *Przepływy międzypokoleniowe i ich kontekst demograficzny*, Wyd. UŁ, Łódź, s. 46–47, 234, 236.
- Szukalski P., 2007, *Przemiany rodziny – wyzwania dla polityki społecznej. Artykuł dyskusyjny*, „Polityka Społeczna”, nr 8, s. 50–53.
- Szukalski P., 2012, *Sytuacja demograficzna Łodzi. Zapas demograficzny Miasta i jej skutki dla przyszłości Łodzi*, Grant Prezydenta Miasta Łodzi, Wydawnictwo Biblioteka, Łódź, s. 5–6.
- Urząd Statystyczny w Łodzi, *Ludność Łodzi i innych wielkich miast w Polsce w latach 1984–2006*, zasób internetowy <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-łodzi-i-innych-wielkich-miast-w-polsce-w-latach-1984-2006,10,1.html> (data dostępu 16.02.2014).
- Ustawa o pomocy społecznej z dn. 12 marca 2004 r.*, Dz. U., nr 64. poz. 593, z późn. zm., rozdział 2. „Domy Pomocy Społecznej”.



*Ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach rodzinnych oraz niektórych innych ustaw z dnia 7 grudnia 2012 r.*, Dz. U. z 31 grudnia 2012 r. poz. 1548.

*Ustawa z dnia 7 grudnia 2012 r. o zmianie ustawy o świadczeniach rodzinnych oraz niektórych innych ustaw* (Dz. U. poz. 1548).

Wizner B., Skalska A., Klich-Rączka A., Piotrowicz K., Grodzicki T., 2012, *Stan zdrowia i sprawność osób starszych*, [w:] M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), *PolSenior. Aspekty medyczne, psychologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce* (s. 82–83), terMedia, Poznań.

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 5 grudnia 2013 r. (sygn. akt K 27/13).

## FAMILY STATUS, INFORMAL SUPPORT NETWORK AND RESIDENTIAL CARE FACILITIES

### ABSTRACT

The majority of countries, including Poland, face a phenomenon of population ageing. Therefore, providing care for elderly persons becomes a crucial challenge for the societies. A decline in the care-giving potential of families and the rapid increase of numbers of seniors create a need for development of institutional assistance for the elderly. The population of seniors is heterogeneous. Thus, there are different reasons for providing public assistance, and different paths of accessing institutional assistance.

The aim of the article is to present the family status of seniors, who wait for a place in a residential care, and their non-familial, informal support networks. To achieve this objective we conduct a survey among 221 social workers who assist seniors and their families through the admittance process for residential care in Łódź – a city with advanced ageing (22.3% of people aged 60+).

**Keywords:** population ageing, elderly care, institutional care, sandwich generation